

Bruno Catha Preta Domingues Martins

Gabriela dos Santos Rezende

Raíssa Gonçalves Ribeiro

Tratamento de fissuras labiopalatinas em crianças

Rio de Janeiro, Rj.

2023

Bruno Catha Preta Domingues Martins

Gabriela dos Santos Rezende

Raíssa Gonçalves Ribeiro

Tratamento de fissuras labiopalatinas em crianças

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade do Grande Rio “Professor José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de bacharel em Odontologia.

Orientadora: Luciana Alves Herdy da Silva

Rio de Janeiro – Rj.

2023

Bruno Catha Preta Domingues Martins

Gabriela dos Santos Rezende

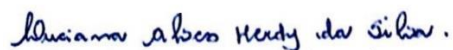
Raíssa Gonçalves Ribeiro

Tratamento de fissuras labiopalatinas em crianças

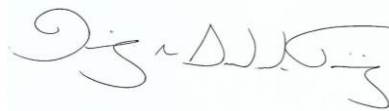
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade do Grande
Rio "Professor José de Souza Herdy",
como parte dos requisitos parciais para
obtenção do grau de bacharel em
Odontologia

Aprovado em 07 de dezembro de 2023.

Banca Examinadora



Prof. Luciana Alves Herdy da Silva
Universidade do Grande Rio



Prof. Diego de Andrade Teixeira
Universidade do Grande Rio



Prof. Leila Maria Chevitarese de Oliveira
Universidade do Grande Rio

RESUMO

As fissuras labiopalatinas são falhas congênitas de grande incidência que ocorrem durante o período embrionário. Sendo caracterizadas pela desordem e ausência da fusão entre os processos faciais embrionários e palatinos. Destaca-se que essa anomalia necessita do acompanhamento e tratamento multidisciplinar que são pertinentes para proporcionar o melhor prognóstico estético e funcional do indivíduo, pois essa condição pode desencadear uma série alterações na fala, nutrição, audição, estética e alterações dentais. Sendo assim, este trabalho abordará o tratamento de fissuras labiopalatinas através de uma revisão de literatura, informando sobre a embriologia, etiologia, classificações, tratamento cirúrgico e participação de equipe multiprofissional.

Palavras-chave: fissura labial, FLP, multidisciplinares, tratamento.

ABSTRACT

Cleft lip and palate are congenital defects with high incidences that occur during the embryonic period. They are characterized by disorder and lack of fusion between the embryonic facial and palatal processes. It is noteworthy that this anomaly requires multidisciplinary monitoring and treatment, which are relevant to providing the best aesthetic and functional prognosis for the individual, as this condition can trigger a series of changes in speech, nutrition, hearing, aesthetics and dental changes. Therefore, this work will address the treatment of cleft lip and palate through a literature review, providing information on embryology, etiology, classifications, surgical treatment and participation of a multidisciplinary team.

Keywords: cleft lip and palate, CLP, multidisciplinary, and treatment.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
2 REVISÃO DE LITERATURA	7
2.1 ETIOLOGIA	7
2.2 CLASSIFICAÇÕES.....	8
2.2 TRATAMENTO	10
3 REABILITAÇÃO CIRÚRGICA.....	11
3.1 CRONOGRAMA DA CORREÇÃO CIRÚRGICA	11
3.2 QUEILOPLASTIA.....	12
3.3 PALATOPLASTIA.....	13
3.4 ENXERTO ÓSSEO.....	15
4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	16
5 DISCUSSÃO	16
6 CONCLUSÃO.....	19
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20

1 INTRODUÇÃO

A fissura labiopalatina é uma alteração congênita de origem multifatorial relacionada a alterações embrionárias e fatores ambientais, sendo caracterizada pela má formação da fusão dos tecidos, podendo envolver a face e cavidade bucal, caracterizando-se pela má formação congênita mais comum no ser humano. Estima-se que sua incidência seja de 1:650 nascidos vivos no Brasil ¹ e sua predominância varia de acordo com severidade, grau genético e podendo ou não estar associada a alguma síndrome.¹

Esta má formação pode ser detectada na região do lábio, durante o primeiro trimestre gestacional, geralmente entre a 8 e 12 segunda semana, entretanto ainda não é possível classificá-la de forma adequada durante esse período, pois ainda não é possível identificar se a sua extensão está presente no palato, sendo assim, esta classificação somente é possível após o nascimento, no qual podem ser descritas como: fissuras unilaterais, bilaterais, cicatriciais, incompletas ou completas e a partir disto, direcionar o mais breve possível o tratamento para cada caso, tendenciando um bom prognóstico.²

Ainda vale ressaltar que estas alterações impactam diretamente em diversos estados psicossociais já que dificultam as funções mastigatórias, respiratórias, fala, deglutição e dificuldade na amamentação, sendo assim é de suma importância esmiuçar as possibilidades de tratamentos para garantir suporte e qualidade de vida.³

Contudo, o propósito deste trabalho é relatar os possíveis tratamentos de fissuras labiopalatinas através de referências bibliográficas sobre o tema, afim de, melhor conhecê-los para ampliar as possibilidades de indicação quando necessárias.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ETIOLOGIA

As fissuras labiopalatinas são complexas, já que englobam múltiplos processos do desenvolvimento tecidual, que quando não acontecem de maneira ordenada, certamente, haverá um distúrbio na fusão do crescimento, podendo originar as fendas orofaciais.⁶ Diante do exposto, ressalta-se que a maturação desse processo ocorre durante o período embrionário, geralmente entre a oitava e décima segunda semana gestacional, podendo ocasionar diversos comprometimentos durante o estágio de formação do indivíduo.⁴ Durante o processo embrionário de formação craniofacial, há cinco etapas distintas, sendo elas: formação da camada germinal e organização inicial das estruturas, formação do tubo neural e formação inicial da orofaríngea, origem, migração e interação das populações celulares, sobretudo células de crista neural, formação dos diferentes sistemas de órgãos, principalmente arcos faríngeos, palato primário e secundário, diferenciação final dos tecidos.⁵

Caso essas etapas não ocorram de maneira ordenada, certamente ocasionará alterações, que podem ser observadas de forma isolada ou associada a síndromes específicas, como por exemplo, a anomalia de Pierre Robin, Velocardiofacial e as Síndromes de Stickler e Van Der Woude.⁶

Ademais, destaca-se que durante a formação intrauterina, podem surgir as fissuras de palato primário, que são resultantes de uma falha da mesoderme em penetrar nos sulcos existentes entre os processos nasais mediais e maxilares, impedindo a sua fusão e afetando as estruturas anteriores ao forame incisivo, como o lábio e alvéolo. No entanto, também há potencial para desenvolvimento das fissuras de palato secundário, que ocorrem por uma falha na fusão dos processos palatinos, podendo afetar as estruturas posteriores ao forame incisivo, como o palato duro e mole. Desta forma, as apresentações dessas alterações podem surgir no palato primário, secundário ou em ambos e possuem diversos fatores, como por exemplo, a falha da língua em descer para o interior da cavidade oral.⁷

Os mecanismos etiológicos que envolvem as fissuras labiopalatinas (FLP) são multifatoriais e podem ser classificados como: genéticos para caso de casamentos consanguíneos, ambientais quando associados a fatores físicos, químicos ou

biológicos e mistos no caso de predisposição genética em associação de outros fatores.³

Os fatores genéticos são fatores de nutrição vascular e podem se apresentar em casamentos consanguíneos, entretanto isto não é um fator hereditário no caso de FLP não sindrômicas somente em caso de FLP(fissuras labiopalatinas) sindrômicas, sendo assim nesse caso é considerada uma doença autossômica recessiva. A recorrência para parentes de primeiro grau é de aproximadamente 3,3% para FLP e de 2% para FLP isolada. Se os pais tiveram o primeiro filho com FLP o risco de ter o segundo filho sobe de 9 a 12%. Pais que tenham filhos com esse tipo de anomalia devem ser aconselhados desde jovem para que estejam em uma melhor posição para seguir o correto tratamento.³

Já os fatores ambientais geralmente têm relação com o tabagismo, exposição materna ao álcool, medicamentos teratogênicos e deficiência de ácido fólico, diabetes materna, obesidade, rubéola, varicela, infecções virais maternas e entre outros fatores de risco. De modo geral, os fatores descritos podem estar associados ao surgimento de patologias e a sua identificação contribui para a prevenção.³

2.2 CLASSIFICAÇÕES

Profissionais de saúde criaram classificações para as FLP das diferentes formas, com objetivo de facilitar avaliações clínicas. Alguns especialistas como, por exemplo, Davis, Ritchie, Veau e Dorrance utilizam como método a morfologia, que localiza as estruturas morfológicas atingidas, porém Kernahan Stark e Eharkins optaram pela caracterização embriológica, que identifica qual tecido embrionário ocorreu o erro na realização da fusão.³

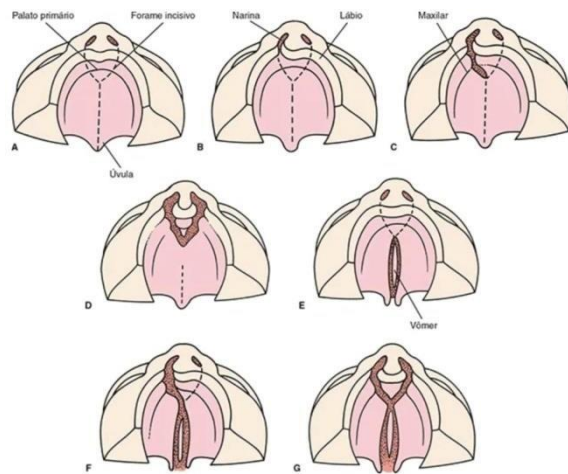
Em uma primeira abordagem, é válido ressaltar que o sistema de classificação requer um detalhamento anatômico da região orofacial para conseguir observar clinicamente como as fissuras estão sendo apresentadas, inferindo se são uni ou bilaterais, cicatriciais, incompletas, completas, se elas abrangem o lábio, nariz e palato. Destaca-se que as manifestações orais das fissuras são extremamente

variáveis e faz-se necessário uma análise individualizada para concluir o melhor prognóstico de simetria e equilíbrio para o paciente.¹²

Contudo, a metodologia mais utilizada no Brasil, é a técnica escrita pelo Professor Doutor Persu Castro de Lemos, em 1956, sendo modificado pelo Professor Doutor Victor Spina que escreveu e apresentou artigos científicos sobre as fissuras labiopalatinas no ano de 1959, publicados na revista médica da Associação Médica Brasileira, com o título de “Técnica conservadora para o tratamento de lábio leporino unilateral: reconstrução do tubérculo mediano”. Mas atualmente, só é possível encontrar o artigo do Professor Spina na revista British Journal of Plastic Surgery, de 1960. Spina modificou a técnica para melhorar o aspecto do vermelhão e alterou a marcação e orientação dos retalhos em Z durante a cirurgia plástica.¹⁴ A metodologia preconiza a junção dos aspectos morfológicos e embriológicos para relatar o padrão de alteração.² Nesse contexto, as fissuras labiopalatinas ficaram divididas em quatro grupos, o pré-forame incisivo, transforame incisivo, pós-forame incisivo e as fissuras raras da face.¹⁴

As fissuras pré-forame incisivos, geralmente se apresentam de forma unilateral ou bilateral, completa ou incompleta, podendo atingir o lábio, rebordo alveolar e assoalho. Além do mais, observa-se também que as fissuras transforame incisivo, passam pelo lábio, abrangendo o rebordo alveolar, até atingir posteriormente o forame incisivo e os palatos duro e mole, geralmente, se apresentam de forma unilateral ou bilateral. Por conseguinte, tem-se as fissuras pós-forame incisivo, na maioria dos casos se apresentam de forma completa ou incompleta, envolvendo desde o forame incisivo até a úvula, ou seja, atingem parte do palato duro e mole. É importante inferir sobre as fissuras raras da face, onde se apresenta de forma atípica, não possuem um protocolo de tratamento definido e geralmente compromete as bochechas, pálpebras, nariz, ossos do crânio e face.¹⁰

Figura 1. Vista oclusal da boca, lábio e nariz, mostrando a variabilidade das fissuras de lábio e palato.



A. Normal. B. Fissura labial unilateral, envolvendo o nariz. C. Fissura unilateral, envolvendo o lábio, o alvéolo, estendendo-se ao forame incisivo. D. Fissura bilateral, envolvendo o lábio e o alvéolo. E. Fissura de palato isolada. F. Fissura palatina combinada com fissura unilateral de lábio e alvéolo. G. Fissura bilateral completa de lábio e palato. (Adaptada de Langman J. Medical Embryology. 3. ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1975.)

Fonte: Hupp JR, III EE, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. (7ª edição). Grupo GEN; 2021.

2.2 TRATAMENTO

O tratamento de fissuras labiopalatinas em crianças inicia-se a partir do nascimento, através de informações e orientações importantes explicadas pelos enfermeiros, obstetras e pediatras, aos pais do bebê, sobre como colocar a criança em posição semi-sentada na hora da alimentação evitando a aspiração, e depois colocar o bebê em decúbito lateral para diminuir o risco de asfixia. Também ensinam com higienizar a cavidade bucal e nasal com fralda ou gaze umedecida em soro fisiológico que deve ser a após a refeição para evitar a contaminação e entre outros cuidados.¹⁵

Vale ressaltar que instruções de higiene oral são de extrema importância para pacientes com essa anomalia, com o intuito de ajudar na prevenção de cárie e manter a saúde bucal desses pacientes em dia. Os pais devem seguir rigorosamente as orientações passadas pelos profissionais da área da saúde, onde o mesmo deve instruir corretamente a escovação, a utilização de fio dental e a necessidade de usar flúor em forma de gel para facilitar a sua aplicação na área fissurada. De certa forma os mesmos procedimentos de prevenção realizados em indivíduos sem a anomalia de fissura labiopalatina, são realizados nos pacientes que possuem tal manifestação.

3 REABILITAÇÃO CIRÚRGICA

3.1 CRONOGRAMA DA CORREÇÃO CIRÚRGICA

As cirurgias reparadoras, normalmente, são consideradas um procedimento eletivo no qual será adiada caso o paciente apresente alguma outra complicação que afete a sua vida. Na etapa cirúrgica o assunto mais debatido entre os cirurgiões, fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas e ortodontistas, é saber o momento correto para operar. Sendo assim, os cirurgiões aderiram à regra dos 10, ou seja, o bebê tem que ter por volta de 10 semanas de idade, 10 libras de peso, 4,5 kg, e 10 g/dl de hemoglobina, determinando assim, quando um bebê saudável está apto ao procedimento cirúrgico.¹³

Atualmente com o avanço das técnicas transoperatórias faz-se possível a promoção e a realização de atos operatórios muito mais cedo na vida do indivíduo. Contudo, a realização das cirurgias de correção das fissuras labiopalatinas não trazem benefícios mensuráveis para a realização da cirurgia de lábio antes dos 3 meses de idade, sendo assim, podendo ocasionar resultados estéticos insatisfatórios, por conta das alterações que vão ocorrendo ao longo do desenvolvimento, portanto preconiza-se a realização cirúrgica de acordo com a tabela a seguir: ²⁰

Quadro 1: SEQUÊNCIA DE TRATAMENTO

Sequência de tratamento:
De 2-4 meses: Cirurgia de fechamento do lábio (Queiloplastia).
De 12-18 meses: Cirurgia de fechamento do palato (Palatoplastia).
De 8-10 anos: Enxerto ósseo alveolar secundário.

Bruno Martins, Gabriela Rezende e Raíssa Ribeiro, (2023).

3.2 QUEILOPLASTIA

A queiloplastia é uma intervenção cirúrgica, geralmente utilizada para corrigir deformidades labiais, devolvendo ao paciente as funções estéticas e funcionais. Em pacientes com fissuras labiopalatinas, o procedimento cirúrgico consiste em realinhar a musculatura orbicular do lábio, ordenando os segmentos maxilares, evitando a formação de uma pré-maxila. Nesta cirurgia haverá a criação dos lábios e a primeira correção do deslocamento nasal, projetando de forma mais simétrica à anatomia do vermelhão proeminente, arco de cupido, filtro e asa do nariz.⁶

Na maioria dos casos, a queiloplastia primária é realizada após o segundo mês de vida do bebê, pois com essa idade as regiões anatômicas se apresentam de forma mais delimitada, permitindo uma melhor avaliação do prognóstico do paciente. Sendo assim, várias técnicas serão utilizadas nesse procedimento cirúrgico, e as cicatrizes devem ser imperceptíveis.⁶ Contudo, para promover uma melhor assimetria ao paciente durante o procedimento cirúrgico, faz-se necessário analisar se a fissura labiopalatina do paciente é unilateral ou bilateral, podendo assim, definir a melhor abordagem técnica para cada caso.⁶

Na queiloplastia unilateral, utiliza-se o lado não afetado como guia para o comprimento e a simetria labial.⁶ Tendo como objetivo cirúrgico o fechamento da pele, músculo e mucosa, aproximando os tecidos e removendo o hipoplásico das bordas da fissura.¹³ Para a realização desse procedimento, geralmente o cirurgião opta entre duas técnicas principais, o avanço rotacional de Millard, que consiste garantir uma imagem de espelho, que é realizada através do alinhamento de cada linha de incisão coincidindo com os contornos naturais de lábio e nariz, já na técnica de zetaplastia ou Randall-Tennison, a cicatriz em Z fica logo adjacente ao filtro não fissurado, que é linear, contudo, deve-se considerar se a parte da fissura que vai ser alinhada for menor que o segmento avançado, pode ser que a assimetria não seja alcançada.¹³

Por conseguinte, tem-se a queiloplastia bilateral que é um procedimento desafiador, pois consiste em realinhar e mobilizar adequadamente o retalho do lábio, buscando tecidos apropriadamente desenvolvidos para realizar a amplitude dos segmentos de ambos os lados da face, visando, uma melhor simetria facial. Em alguns casos, outra abordagem cirúrgica é utilizada e consiste em alongar a columela e

preservar tecido hipoplásico usando enxertos de retalhos bifurcados. Contudo, essa não é muito recomendada, pois os retalhos são colhidos precocemente e com o crescimento do indivíduo, pode-se resultar na formação de contornos anormais e assimétricos, acarretando futuramente na realização de outra cirurgia para o conserto das deformidades iatrogênicas que podem surgir ao longo do tempo, mas infelizmente esse procedimento, geralmente, não corrige as irregularidades de contorno de maneira adequada.¹³

3.3 PALATOPLASTIA

A palatoplastia realizada a partir do décimo segundo mês de vida do bebê, tem como finalidade garantir o fechamento da comunicação buconasal, nasofaringe e orofaringe, recuperando a musculatura do palato mole, reestruturando o palato duro¹³, e em alguns casos, reconstruindo o mecanismo velofaríngeo, com o objetivo de melhorar a eficiência da fala e deglutição, sem interferir significativamente com o subsequente crescimento maxilar,¹³ ou seja, recompor através de retalhos os defeitos gerados pela falha na fusão das placas palatinas.⁶

A princípio, ressalta-se que as cirurgias realizadas antes da idade preconizada pelo quadro de cronologia cirúrgica, evidenciado na parte da correção cirúrgica, podem ocasionar graves limitações no desenvolvimento maxilar, e consequentemente, acarretar na realização da cirurgia ortognática para corrigir essas restrições, que geralmente prejudicam o desenvolvimento funcional do bebê. Desse modo, a realização da palatoplastia na idade cronológica tem como objetivo a reconstrução do palato, contribuindo, para o desenvolvimento dos sons de fala e o restabelecimento das questões funcionais.¹³

A palatoplastia pode ser realizada em uma ou duas etapas cirúrgicas. Essas etapas de correção são divididas entre o fechamento do palato mole/estafiloplastia e o fechamento do palato duro/uranoplastia.¹¹ As técnicas de palatoplastia mais utilizadas são Von Langenbeck, que preserva um pedículo interior para aumentar o suporte sanguíneo aos retalhos Veau-Wardill-Kilner de dois retalhos, a zetaplastia dupla oposta de Furlow, que pretende alongar o palato, a Bardach que usa dois

retalhos amplos de espessura total levados até a linha média para o fechamento total do palato.^{11,13} Contudo, ressalta-se que os procedimentos cirúrgicos realizados na palatoplastia variam de acordo com a largura, a integralidade, a quantidade de tecido duro e mole disponível e com o comprimento do palato. Assim, as técnicas cirúrgicas usadas para fechamento da fissura palatina tornam-se extremamente variadas, não apenas de um cirurgião para outro, mas de um paciente para o outro.⁶

O fechamento do palato duro é realizado em duas camadas usando retalhos da mucosa nasal e bucal⁶, ou seja, o retalho palatino se juntará com epitélio respiratório, formando o assoalho da cavidade nasal. Contudo, em alguns casos, é requerível o fechamento da fissura palatina em duas camadas, sendo recomendado o fechamento da mucosa nasal, a parede lateral e as áreas do septo nasal, antes do fechamento da mucosa oral.¹³

Inicialmente, o fechamento será realizado com tecidos moles saudáveis, pois possuem uma boa estrutura para suportar a incisão ao longo da margem da fissura e seu deslocamento do processo palatino, a fim de manter a integridade da sutura até o fechamento da fissura. Vale ressaltar que as regiões onde se teve a exposição óssea, por consequência das incisões relaxantes laterais, geralmente, são cicatrizadas por segunda intenção.⁶

O fechamento do palato mole é considerado uma cirurgia bastante complexa, visto que, a região a ser operada se encontra na parte posterior da cavidade oral, o que dificulta o acesso e a visualização. Além disso, a região pode apresentar bordas extremamente finas de tecidos atrofícos. Sendo assim, para conseguir alcançar o objetivo cirúrgico, a reconstrução vai ser realizada através do fechamento das três camadas principais, a mucosa nasal, músculo e a mucosa oral.⁶

Desse modo, a mucosa nasal é separada da musculatura subjacente e suturada no lado oposto. Já a camada muscular, é realocada posteriormente e lateralmente ao longo das margens do palato duro, sendo liberadas de suas inserções ósseas e reaproximadas das margens contralaterais, para assim, garantir a chance do funcionamento do mecanismo velofaríngeo.⁶

A Técnica de retalho W-Y push-back de Wardill e o procedimento em forma de U de Dorrance e Brown são amplamente utilizados para estender os elementos do

palato duro e mole e garantir um ganho no comprimento palatino, geralmente esse método é realizado em cirurgias onde se tem a presença de fissuras palatinas incompleta, que só atingem somente o palato mole.⁶

3.4 ENXERTO ÓSSEO

O defeito ósseo alveolar geralmente não é corrigido nas cirurgias primárias de correção da fissura labialpalatina. Normalmente, a cirurgia é realizada quando a criança está na faixa etária entre 6 e 10 anos, pois nessa idade a cirurgia não afetará o desenvolvimento maxilar. Preconiza-se, a realização do enxerto, antes da erupção dos caninos permanentes, para garantir o suporte periodontal, pois esse elemento geralmente nasce na região onde se apresenta a fissura.¹²

O enxerto ósseo alveolar quando realizado antes da fase inicial de erupção do dente, tem inúmeras vantagens, como fornecer suporte ósseo para os dentes adjacentes à fissura e para aqueles que irão erupcionar na área da fissura, auxiliar na união dos segmentos alveolares, evitando o estreitamento da arcada dentária, também é responsável pelo fechamento das fístulas oronasais, evitando a troca de fluidos, além de criar um suporte ósseo para o lábio, base alar do nariz e um rebordo alveolar na região da fissura. Inclusive, o enxerto ósseo alveolar é crucial na formação de uma boa base óssea para a estrutura nasal, desse modo, recomenda-se a iniciação das cirurgias nasais secundárias após o resultado do enxerto alveolar.⁶

O enxerto, geralmente é retirado do osso ilíaco e da calota craniana do paciente, além do mais, também pode ser utilizado o osso alógeno, ou seja, de outro indivíduo ou proteínas ósseas morfogenéticas. Esse material costuma ser particulado e compactado na área da fissura após o fechamento das mucosas nasal, palatina e labial. Ao longo dos anos, o enxerto será sucedido por osso novo, garantido suporte ao processo alveolar adjacente. Destaca-se, que nesse procedimento cirúrgico, o retalho de tecido mucoperiósteo vai recobrir, em ambos os lados, o enxerto ósseo colocado na fissura alveolar, funcionando com uma barreira protetora, que impede a entrada de fluidos e evita à contaminação do enxerto.⁶

4 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

As fissuras labiopalatinas geram impacto na aparência da criança portadora de fissura em sua família, portanto, em alguns casos, faz-se necessário a intervenção de psicológica e acompanhamento por uma equipe de serviço social para que a criança seja adequadamente inserida no ambiente familiar. Além do mais, os enfermeiros vão fornecer as primeiras informações após o nascimento do bebê sobre os cuidados relacionados de higiene e alimentação. Ao longo do tempo, a criança precisará passar por um acompanhamento nutricional, em alguns casos, pode haver o comprometimento na fala, deglutição e, em alguns casos, otites médias recorrentes, então a participação do fonoaudiólogo e do otorrinolaringologista é crucial no tratamento de tais alterações.¹²

Em grande parte dos casos, as correções cirúrgicas são realizadas por uma equipe composta por cirurgião plástico, cirurgião-dentista especialista em cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial e otorrinolaringologista. Logo após, as cirurgias de lábio, palato e faringoplastia, a reabilitação fisioterápica é essencial para a melhora da condição respiratória das crianças.¹²

O cirurgião-dentista, também desempenhará um papel de grande importância no tratamento odontológico corretivo, pois as fissuras labiopalatinas podem causar diversas alterações dentárias, fazendo-se necessário, o acompanhamento odontológico recorrente, com o objetivo de garantir o sucesso no tratamento reabilitador, funcional e estético.¹²

Em resumo, a equipe multidisciplinar especializada é composta pelo anestesiológico, cirurgião plástico, otorrinolaringologista, clínica médica, pediatra, fonoaudiólogo, psicólogo, fisioterapeuta, enfermeiro, serviço social, nutricionista, odontologia geral, odontopediatra, ortodontista, prótese dentária de e implantodontista, cirurgião bucomaxilofacial e atendimento familiar, visando à reabilitação morfológica, funcional e psicossocial do indivíduo.⁶

5 DISCUSSÃO

De acordo com HUPP, o tratamento das fissuras labiopalatinas requer suporte de uma equipe multidisciplinar, onde incluem a participação do cirurgião-dentista clínico geral ou odontopediatria, ortodontista, protesista, cirurgião bucomaxilofacial e cirurgião plástico, fonoaudiólogo em especialista em audição, otorrinolaringologista, pediatra, fonoaudiólogo especialista em fala, psicólogo ou psiquiatra e assistente social. Em contraproposta, POGREL relata que a equipe multidisciplinar precisa de profissionais como cirurgião bucomaxilofacial, pediatra, enfermeiro, fonoaudiólogo, ortodontista, assistente social e geneticista. Além do mais, PROGREL, acredita que com auxílio do geneticista os pais do bebê podem descobrir de onde veio a anomalia, mesmo não tendo fatores concretos para o mesmo. Desse modo, HUPP entende que as fissuras labiopalatinas podem ser divididas em síndrômicas e não síndrômicas, sendo sua maior prevalência em fissuras não síndrômicas.

POGREL fez uma classificação simples, definindo as FLP como unilateral e bilateral, tanto em palato como em lábio. Contudo, HUPP fez a classificação dividindo em quatro grupos: fissura de palato mole; fissuras dos palatos moles e duros até o forame incisivo; fissura labiopalatina unilateral completa; e fissura labiopalatina bilateral completa, porém, o autor determinou que essas classificações não são adequadas para documentar as variações que são apresentadas em cada caso, preferindo assim usar diagramas esquemáticos mais sofisticados criados por Kernahan e Stark. HUPP também adotou a classificação de Berkowitz, sendo elas: fissuras labial e alveolar; fissura de palato primário e secundário; fissuras apenas de palato secundário e fissura submucosa. Ambas as classificações utilizadas por HUPP tem como objetivo contribuir para o planejamento nos casos de FLP, definindo qual o grau de complexidade e tipos de abordagens que podem ser utilizadas de acordo com a sua classificação, mas vale ressaltar que cada paciente é único e que às vezes as técnicas cirúrgicas passam por algumas modificações para se adaptar melhor ao quadro clínico de cada indivíduo em questão.

Os dois autores citaram a regra dos “10” para ser utilizada antes do tratamento cirúrgico onde os bebês precisam ter pelo menos 10 semanas de vida, 10 libras que equivalem 4,5kg e ter um nível de hemoglobina de pelo menos 10g/100ml. Suas únicas discordâncias são que POGREL cita que pode iniciar o tratamento de 3 a 6 meses, porém HUPP diz que já pode iniciar a primeira etapa cirúrgica a partir dos 3 meses de vida se cumprir a regra dos “10”.

Por fim, POGREL cita as técnicas de tratamento cirúrgico utilizadas apenas durante o ato operatório, sendo assim, o único método que se tem em comum é a queiloplastia, onde ambos determinam como cirurgia inicial, onde é o primeiro passo para o tratamento cirúrgico das crianças com fissuras labiopalatinas. Em contrapartida, HUPP dividiu os tratamentos de forma mais clara e que cada cirurgia tem que seguir uma idade correta para obter um bom resultado. Citando, a queiloplastia, palatoplastia e enxerto ósseo, sendo a queiloplastia a primeira correção cirúrgica, palatoplastia a segunda correção cirúrgica e se necessário a terceira correção cirúrgica que seria o enxerto ósseo.

Outro tópico de grande relevância é o cuidado do bebê no pré-natal, pois como foi discorrido anteriormente, os fatores ambientais estão relacionados a exposição materna ao tabagismo, álcool, medicamentos teratogênicos, deficiência de ácido fólico, diabetes, obesidade, rubéola, varicela, infecções virais e entre outros fatores de risco. De modo geral, os fatores descritos podem estar associados ao surgimento de patologias, e sua identificação durante o período gestacional contribui para a prevenção da FLP.¹⁰ Atualmente, com os avanços na ultrassonografia é possível detectar as fissuras labiopalatinas em lábio a partir da décima sexta semana de gravidez, a descoberta auxilia ao médico e família do bebê a dialogarem sobre a planejamento do caso e começar o tratamento do quadro clínico já no pós natal.¹³

A preferência pelo tema veio após o questionamento pertinente sobre o que os cirurgiões dentistas podem fazer no auxílio do tratamento das fissuras labiopalatinas. Conclui-se que a atuação do profissional em odontologia é de extrema importância, pois a FLP afeta diretamente a região da face, área que é abordada profundamente durante a graduação em odontologia. A atuação do dentista não é feita apenas de maneira preventiva, e nem deve ser realizada somente quando o bebê nasce, mas sim durante todo processo gestacional, com o objetivo de auxiliar na prevenção de infecções que podem surgir em decorrência da má higienização oral. Já no pós-natal, os cirurgiões dentistas podem auxiliar na instrução de higiene oral da criança, contribuindo na prevenção de possíveis doenças infecciosas, assim como, no acompanhamento e soluções das alterações que as FLP podem trazer para o indivíduo, com a falta de suporte ósseo aos dentes adjacentes à fissura que poderá ser resolvido com enxerto ósseo. Além do mais, o cirurgião dentista especialista em bucomaxilofacial pode auxiliar na classificação e tratamento cirúrgico das FLP, assim

como, no conserto das suas futuras intercorrências, decorrente do surgimento de alterações nos segmentos maxilares que com o desenvolvimento da criança pode ser que seja necessário a realização de cirurgias ortognáticas.

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto, ficou evidente que o tratamento dos pacientes com fissura requer uma abordagem interdisciplinar que coordene as indicações cirúrgicas e as suas realizações na etapa cronológica correta, além do acompanhamento frequente e de longo prazo.

Contudo, vale finalizar, ressaltando que infelizmente há pouca disponibilidade de respaldo científico com evidência de dados para guiar os profissionais da saúde para tantos protocolos no tratamento das FLP. Na bibliografia pesquisada, os protocolos de tratamentos adotados têm com base, na sua maioria, nos contratempos vivenciados por cirurgiões e em poucos resultados efetivos. Sendo assim, faz-se necessário a elaboração de protocolos produzidos a partir do resultado de evidências vivenciadas e publicadas sobre o sucesso real do tratamento em FLP. A importância de um estudo aprofundado durante a etapa do pré-natal, e após o nascimento e desenvolvimento da criança, poderá contribuir para evitar as possíveis falhas do tratamento e resultar em futuras cirurgias de correção da simetria, que na maioria dos casos geram um desgaste psicológico para o paciente e seus familiares.

E mais, as pressões de um sistema de saúde pouco acessível para a maioria da população, tornam algumas decisões de tratamento ainda mais difíceis de serem concretizadas, mas ressaltamos a importância do tratamento ofertado pelo SUS que realiza as habilitações no tratamento de fissuras labiopalatais através da Portaria SAS/MS nº62/1994, que conta com 28 Centros habilitados, sendo que três deles só realizam a porção ambulatorial e estão vinculados à Funcraf. Realizam toda a parte cirúrgica no Centrinho de Bauru (1 em São Bernardo do Campo/SP, 1 em Campo Grande/MS e 1 em Itapetininga/SP).

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alves A, Costa B, Carrara, Carvalho C. Comportamento de crianças com fissura de lábio e/ou palato frente ao tratamento odontológico realizado no Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Rev Assoc Paul Cir Dent. 2013;67(1):4-40.
2. Guedes-Pinto, Antonio C. Odontopediatria, 9ª edição. Grupo GEN, 2016.

3. Pogrel MA, Kahnberg K, Anderson L. Cirurgia Bucomaxilofacial. Grupo GEN; 2016.
4. BUENO, D.F.; GONZÁLES, N.Z.T.; LOPES, L.D. Fissuras labiopalatinas: atuação multidisciplinar precoce: tratamento ortopédico maxilar e ortodôntico. In.: GUEDESPINTO, A. C. Odontopediatria. 8.ed. São Paulo, Santos, 2012.
5. Costa e Silva LH, Augusta de Amaral BP, Primo Pereira Silva J. Fissura labiopalatina: Revisão Literária. Resvista Saude Multi. 2021;9(1):58-70.
6. Hupp JR, III EE, Tucker MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. (7ª edição). Grupo GEN; 2021.
7. Falcão Batista J, Cacique de Andrade Fialho M, Mendes Santos PC, Magalhães SR, Aquio Melgaço C, Oliva Jorge K. Tratamento odontológico em crianças com fissuras labiopalatais: revisão de literatura. Interacao Rev Ensino Pesqui Extensao. 2017;19(2):105-19.
8. Neves JG, Sousa ALA de, Ferraz M Ângela AL. FISSURAS LABIOPALATAIS: UMA REVISÃO ACERCA DOS CONCEITOS, ETIOLOGIA, CLASSIFICAÇÃO E OUTROS ASPECTOS. RECIMA21.2022.
9. Roberto Daltro Gerson Carla. Fissuras labiopalatinas – diagnóstico e tratamento contemporâneos. Ortho Sci. 2015;8(32):526-40.
10. Almeida TC, Malogoli JH, Teixeira Macri R. Tratamento ortodôntico em pacientes com fissuras labiopalatina: Revisão bibliográfica. Rev Saude Pesqui. 2013;6(1):109-16.
11. De Moraes Souza LC, Honorato de Souza Neto J, de Figueiredo Meira G, Rolo Pinheiro da Rosa M. Fissuras labiopalatinas: do diagnóstico ao tratamento. Revisão de literatura. Res Soc Dev. 2022;11(17):1-8.
12. Fernandes R, Aparecida Defani M. Importância da equipe multidisciplinar no tratamento e preservação de fissuras labiopalatais. Rev Saude Pesqui. 2013;6(1):109-16.
13. Miloro M, Ghali GE, Larsen PE, Waite PD. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson, 3ª edição. Grupo GEN; 2016.

14. Anger J. Prof. Perseu Castro de Lemos e Prof. Victor Spina: A História da Plástica em Z na Queiloplastia Para a Correção das Fissuras Lábio-Palatinas Unilaterais. Rev. Bras. Cir. Plást.2005;20(4):245-247.

15. Ramos dos Santos Kelen Cristina da Silva Bohn Marcia Luciane de Cássia Pinheiro da Motta Giordana Franco da Silva Eveline Lorenzini Elisiane. Cuidados à criança com fissura labiopalatina: uma revisão integrativa. Rev Pesqui Cuid E Fundam Online. 2014;6(1):425-32.